ESSAI

SUR LES PRINCIPALES MALADIES

DE LA

MOELLE ÉPINIÈRE.

DISSERTATION PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A L'ÉCOLE DE MONTPELLIER, LE 28 AOUT 1837.

PAR B. BOUCHU.
de St-Martin (Loire.)
Maître en pharmacie de l'école spéciale de Strasbourg, membre de la société des pharmaciens du Rhône.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER,
Chez X. JULLIEN, Imprimeur, place Marché aux Fleurs, 2.

1837.

AUX MANES DE MON PÈRE,

Regrets.

A MARGUERITE COGNARD MON ÉPOUSE,

Amitié éternelle.

A M. ET Mad. CHAUVIN,

Amitié, reconnaissance.

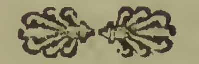
B. BOUCHU.

AVANT-PROPOS.

Si l'on jette un coup d'œil attentif sur l'nesemble de notre organisation, et qu'on fasse abstraction successive de toutes les parties qui la composent, on arrive à une masse nerveuse, solidement protégée par des arcs osseux et placés comme un centre autour, et au service duquel tout le reste parait se groupper. L'encéphale et la moëlle vertébrale tel est en un mot l'homme réduit à son expression la plus simple, tel est le moi matériel sur lequel les Psycologistes ont tant disputé et disputeront encore.

On dirait que la science, à chaque pas qu'elle fait, ajoute une nouvelle importance à l,organe qui nous occupe, cherche à réparer l'oubli dans lequel on l'a trop long-temps abandonné. Centre unique de nos perceptions et de nos volitions, c'est lui dont la participation active, modifie nos maladies il en détermine la gravité. Mais de toutes les parties qui entrent dans la composition de cette masse pulpeuse, celle désignée sous le nom de moëlle

épinière ou moëlle vertébrale, prolongement rachidien suivant M. *Chaussier*, est celle qui a spécialement fixé notre attention sous le rapport pathologique. Nous allons successivement considérer les principales affections, puisse l'imperfection de notre ouvrage trouver une excuse légitime dans le désir de bien faire qui nous possédera toujours.





ESSAI

SUR LES PRINCIPALES MALADIES

DE LA

MOELLE ÉPINIÈRE.

Les maladies qui affectent le prolongement rachidien et les membranes qui l'enveloppent sont nombreuses et variées à l'infini, depuis la nuance la plus légère jusqu'à l'intensité la plus forte. On conçoit d'après cela qu'il serait impossible d'en présenter un tableau complet et la science médicale aidée de l'observation en signalera plus tard de nouvelles et jettera, nous n'en doutons pas, une lumière plus vive sur cette partie intéressante, mais obcure de la pathologie. Quant à présent, nous bornant à celles dont l'existence est hors de doute, nous examinerons succinctement la myélite, l'apoplexie rachidienne les commotions, les compressions et les plaies de la moëlle épinière, les inflammations de ses

membranes, et nous terminerons par l'hydrorachis.

DE LA MYELITE.

C'est ainsi qu'on nomme l'inflammation de la substance même de la moëlle. Cette phlegmasie qui peut dépendre d'une multitude de causes, n'épargne ni l'âge, ni le sexe, ni aucune constitution ; nous observerons seulement que les sujets nerveux et très-irritables, en sont plus fréquemment atteints.

Parmi les causes prédisposantes, on peut signaler : les marches forcées, la station prolongée, le décubitus sur le rachis dans un endroit humide, lorsque le corps est fatigué et couvert de sueur, la répercussion d'un exanthême ou de quelque viec rhumatismal ou scrophuleux. D'après Frank, elle pourrait coïncider dans certains cas avec la pneumonie et la frénésie : Vogel la regarde comme la suite fréquente de la suppression des règles, d'un érysipèle, d'une dartre, d'une phlegmasie articulaire. Elle se manifeste bien plus souvent chez la femme que chez l'homme, ce qui est le contraire pour l'encéphalite ; enfin, elle est aussi occasionée par l'inflammation voisine des vertèbres, du cerveau et de l'arachnoïde.

Les causes occasionelles les plus ordinaires

sont les efforts, les chûtes, les percussions violentes sur le dos, accompagnées ou de fractures ou de luxations des vertèbres. L'irritation de la moëlle par la présence d'une esquille ou de tout autre corps étranger, la carie d'une ou plusieurs vertèbres, enfin, l'insolation forte et prolongée peut produire l'inflammation de l'organe qui nous occupe.

Symptômes. Les phénomènes généraux de cette maladie sont : un engourdissement des membres, un sentiment très-pénible dans tout le système musculaire, une douleur vague tout le long de l'épine, douleur qui n'est point augmentée par la pression ; elle est accompagnée d'une chaleur âcre qu'exaspère le moindre mouvement. Le décubitus sur le dos est très-douloureux. Mais bientôt à ces symptômes viennent s'en joindre deux autres que nous considérons comme pathognomoniques; ce sont, la paralysie des membres abdominaux et la violente douleur du rachis que les plus légers mouvemens rendent insupportable.

Maintenant, il existe quelques phénomènes locaux qui indiquent plus spécialement le siège que l'inflammation occupe dans l'étendue du prolongement rachidien; ainsi par exemple, est-ce la partie supérieure de l'organe près de l'ancéphale qui est enflammée? On observe le trimus, le grincement des dents; la langue est rouge, aride, fendillée; la déglutition est trés-pénible; le malade

est dans l'impossibilité d'articuler un seul mot, et les mouvemens de la respiration sont pressés, irréguliers, tumultueux ; la sensibilité est exaltée et occasionne quelquefois par la plus légère secousse les douleurs les plus vives. D'autrefois elle est tellement diminuée qu'elle parait comme abolie ; souvent eependant elle n'est nullement altérée ; tantôt les sens sont troublés, tantôt il y a délire, parceque l'inflammation se propage au cerveau. Alors la myélite semble s'effacer en présence des symptômes dominants de l'inflammation de l'organe cérébral, inflammation qui en raison de son intensité s'aceompagne des accidens de la paralysie, et de l'asphysie.

Si l'inflammation a son siège dans la portion eervicale de la moëlle, on remarque l'immobilité de la tête qui est penchée soit à droite, ou à gauche, soit en avant ou en arrière. Il y a une rigidité très marquée dans les membres supérieurs qui quelquefois sont agités de mouvemens convulsifs, et d'autrefois sont paralysés Les phénomènes mécaniques de la respiration sont difficiles et très-laborieux, et ne s'opèrent que par les mouvemens d'élévation et d'abaissement du diaphragme.

Lorsque l'inflammation existe dans la portion dorsale de la moëlle, entre les deux renflemens, la respiration n'est plus troublée, du moins primitivement : mais on observe divers degrés d'al-

tération soit dans la motilité, soit dans la sensibilité des parties où vont se distribuer les nerfs qui partent de la portion de moëlle enflammée. On remarque principalement alors des agitations convulsives du tronc ou des membres, des mouvemens tétaniques dans toute la région dorsale; enfin il se manifeste quelquefois de véritables attaques d'épilepsie. A ces convulsions succèdent la paralysie. Cette affection n'existe quelquefois que d'un seul côté, tout comme s'il n'y eût qu'un côté de la moëlle qui fut atteint de phlegmasie. M. Ollivier rapporte qu'un homme après une chûte sur le dos, fut aussitôt saisi d'une douleur vive qui se fit sentir durant plusieurs mois dans la région dorsale. Il éprouva ensuite une forte démangaison tout le long du membre inférieur gauche qui se paralysa: quelque temps après, les mêmes phénomènes se manifestèrent dans le membre inférieur droit: bientôt le tube intestinal participant à l'affection suscita des phénomènes généraux qui amenèrent la mort du sujet.

Enfin, si l'inflammation a son siège dans la partie lombaire, ou mieux dans le renflement inférieur de la moëlle, elle se traduit par les symptômes suivans: fourmillement dans les membres inférieurs, paralysie et excrétion involontaire des matières fécales et des urines ou leur rétention; douleur profonde dans la région des

lombes : sur quelques sujets on a observé le satyriasis; mais ce phénomène n'existe que lorsque l'inflammation est le résultat d'un coup ou d'une chûte; enfin des épileptiques ont présenté un ramollissement pultacé de cette portion de la moëlle.

Cette affection peut exister aussi à l'état chronique : mais sous cette forme elle est toujours très-difficile à reconnaître, attendu le vague ou l'absence de phénomènes caractéristiques. Ordinairement le malade accuse un malaise général; tourmenté, inquiet, irrascible, il va partout, racontant qu'il souffre, sans pouvoir jamais spécifier le siège de sa douleur. Ce qui doit fixer alors l'attention du médecin, c'est le trouble général des fonctions; ce sont les modifications apportées dans les battements du cœur, les phénomènes de la digestion et les sensations. Toute fois la paralysie graduelle des membres, les desordres progressifs dans les fonctions de la vessie et du rectum, sembleraient en révéler plus particulièment l'existence.

La marche de cette affection présente ordinairement un caractère aigu. Elle peut cependant affecter l'état chronique. Dans le premier cas, sa durée est de trois à quatre jours; quelque fois elle ne dépasse pas 24 heures : dans le second, sa durée est illimitée, bien que les auteurs ne l'aient vue rarement dépasser le dix-huitième ou

vingtième jour ; quoiqu'il en soit, elle est toujours très-grave, et se termine, le plus souvent, par la mort. Je dis le plus souvent, parce que la résolution qui serait la terminaison la plus heureuse n'est malheureusement que très-rare. Espérons qu'elle deviendra plus fréquente, à mesure que la science continuera de progresser dans la champ des phlegmasies. Chez quelques sujets, une accumulation séreuse, résultat du défaut d'équilibre entre les fonctions d'exhalation et d'absorption constitue un véritable hydrorachis qui est toujours une complication mortelle. Enfin, la gangrène et plus souvent la suppuration ont été regardées comme une des terminaisons de l'affection qui nous occupe.

Les altérations de la moëlle sont toujours d'autant plus profondes par rapport au degré de désorganisation qu'elles ont moins d'étendue. En effet, si l'inflammation occupe tout l'organe, la substance grise centrale présente une teinte rosée plus ou moins prononcée et la substance blanche extérieure, une rougeur comme sablée ou pointillée; par fois la moëlle est jaunâtre ou décolorée; dans certains cas, elle est comme infiltrée de sérosité. Dans sa dernière période inflammatoire, la substance rachidienne perd sa consistance ordinaire; tantôt elle se rammollit dans toute son étendue, tantôt le ramollissement n'occupe qu'une portion plus ou moins

limitée des régions cervicale, dorsale ou lombaire. D'autrefois elle est transformée en une pulpe homogéne, dans laquelle on ne retrouve plus aucune trace d'organisation. Dans cet état pulpeux elle est jaunâtre ou verdâtre et peut offrir une analogie plus ou moins grande avec le pus. Enfin dans certains cas de myélite chronique, on trouve le tissu de la moëlle induré et ses membranes enflammées.

Traitement. Au début de la myélite aiguë, c'est le traitement antiphlogistique qu'il faut mettre en usage et proportionner à l'âge et à la constitution du malade. Conséquemment, on débutera par les saignées générales et locales. Les saignées générales seront faites aux bras ou aux pieds; les sangsues et les ventouses scarifiées, appliquées le plus près possible du point douloureux, seront renouvelées jusqu'à ce que le malade n'éprouve plus le sentiment de la douleur la plus légère. Tous les auteurs ont beaucoup préconisé les topiques froids qui en effet doivent être une médication puissante, s'il faut en juger par leur efficacité à obtenir promptement la résolution des inflammations aiguës en général. Mais nous pensons que leur emploi est entouré de chances tellement insidieuses, qu'on ne doit s'y décider qu'après s'être assuré de pouvoir entourer le malade d'une surveillance continuellement active, tout en se conformant aux pré-

ceptes qui nous sont transmis par d'excellens auteurs sur la médication réfrigérante. N'oublions jamais que la prudence la plus sage doit toujours présider à l'emploi de ces moyens qui, lorsqu'ils ne guérissent pas le mal, manquent rarement de l'aggraver. Toute espèce de nourriture étant interdite, on se contentera de boissons légèrement acidulées. Lorsqu'il n'existera aucune irritation dans les voies digestives, on conseillera les boissons laxatives, soit pour opérer une action dérivative, soit pour remédier à la constipation. Les bains tièdes peuvent être très-utiles. D'après Reydellet, le seul et le plus efficace de tous les moyens pour guérir la myélite, c'est l'emploi des bains tièdes et prolongés; mais comme dans cette affection, les mouvemens de flexion sont très-douloureux et très-difficiles à opérer, on prévient cet accident en couchant le malade sur un lit solide et recouvert d'un matelas et en le plaçant doucement dans la baignoire, dans une direction oblique, de telle sorte cependant que le liquide recouvre toute la périphérie du corps.

Dans la myélite chronique, on emploiera les cautères, les moxas, les douches salines à une température de trente à quarante degrés, les fomentations, les topiques irritans et les vésicatoires. On tiendra le malade à un régime doux, avec la précaution de lui interdire l'usage des

mets trop succulens et des boissons excitantes ; enfin pendant la convalescence, il est très-important de soustraire le malade à toutes les causes dont l'influence pourrait provoquer une rechûte et au nombre desquelles nous rangeons principalement les écarts de régime et tous les excitans qui portent particulièrement leur action sur le système locomotif.

APOPLEXIE RACHIDIENNE.

L'hémorragie de la moëlle, véritable apoplexie rachidienne a été jusqu'à présent beaucoup plus rarement observée que celle de l'encéphale; elle est plus fréquente à la partie supérieure de l'organe, près la protubérance annulaire que dans tout le reste de sa longueur où elle n'a été encore observée qu'une fois. Les causes de cet épanchement sanguin sont excessivement difficiles à reconnaître. L'inspection cadavérique nous démontre que le sang épanché existe toujours circonscrit au centre de la moëlle. M. Serre en cite divers exemples dans l'annuaire des hopitaux. Autour de l'épanchement, on trouve la moëlle spinale tantôt ramollie, tantôt avec sa consistance ordinaire. M. Gaultier de Claubry a observé un cas fort intéressant de cette sorte d'apoplexie ; le malade dont il parle mourut en quelques heures et l'on trouva dans le canal rachidien depuis la partie inférieure du sacrum, jusqu'à la troisième vertèbre dorsale, la moëlle épinière

réduite en une bouillie rougeâtre, diffluente, résultat d'une infiltration sanguine et d'une prompte désorganisation.

Les symptômes de l'hémorragie de la moëlle sont : une perte de sentiment dans les parties situées au-dessous de l'épanchement, paralysie des membres supérieurs et inférieurs : quelquefois cette paralysie ne s'établit que graduellement ; d'autres fois, elle parvient tout-à-coup à son plus haut degré, suivant que l'attaque est foudroyante, ou procède avec lenteur. Quoique cette maladie entraîne toujours la perte du sujet, il paraîtrait que sa guérison serait quelquefois possible et s'opérerait par la résorption du sang, comme dans toutes les apoplexies où l'épanchement est peu considérable.

PLAIES.

Les saignées générales promptes et abondantes sont, sans contredit, le moyen le plus efficace à opposer à ces sortes d'accidents ; puis on conseillera les applications de sangsues et de ventouses scarifiées, suivant le trajet de la moëlle, les lavements laxatifs, les boissons délayantes, le repos et la diète la plus sévère. Les révulsifs placés aux extrémités, remplaceront ensuite la série des premiers moyens.

Les plaies de la moëlle-épinière sont presque toujours mortelles ; cependant on cite plusieurs cas dans lesquels, non seulement les

malades ont pu survivre à des blessures graves et profondes de la moëlle; mais, ce qui est encore plus surprenant, n'ont éprouvé aucun phénomène de paralysie; *Ferrein* et *Désault* rapportent des observations de ce genre : le premier parle d'un homme qui reçut vers les vertèbres lombaires un coup d'épée, dont la pointe pénétra dans le canal, déchira la moëlle-épinière et se cassa dans la plaie. Cette blessure n'occasionna que quelques légers accidents. Le second rapporte qu'un individu vécut encore un grand nombre d'années après avoir eu la moëlle-spinale coupée par une balle. Des observateurs judicieux ont remarqué que ces différens accidens avaient toujours eu lieu à la partie inférieure de la moëlle-épinière; mais que, lorsque ces lésions survenaient dans une partie plus élevée, par exemple, au-dessus des nerfs diafragmatiques, elles suspendaient la respiration et déterminaient une prompte asphixie.

COMMOTION.

Les commotions de la moëlle-épinière sont aussi dangereuses que celles de l'encéphale. Frank Désault en rapportent plusieurs exemples survenus à la suite de coups violens, dirigés sur la colonne vertébrale, des chûtes sur les genoux, les pieds ou les fesses. On serait fort étonné que la moëlle-épinière ne fut pas plus souvent le siège de désordres irréparables, si on ne réfléchissait

quela nature toujours prévoyante dans ses œuvres, avait protégéla délieatesse de son organisation en l'entourant de membranes résistantes et d'un canal osseux, à brisures multipliées propres à ralentir la violenee des impulsions subites.

On reconnait l'altération de la moëlle, lorsque à la cireonstanee commémorative d'un coup ou d'une ehûte, viennent se joindre de violentes douleurs dans la région lombaire, la paralysie des membres abdominaux, la suppression ou l'ineontinenee d'urine et les selles involontaires. A l'ouverture des eadavres, on trouve la moëlle comme affaissée sur elle-même et présentant une désorganisation dans son tissu; quelquefois on y rencontre des déchirures ou des ruptures de ses vaisseaux.

Lorsque la eommotion n'est pas très-grave, les moyens propres pour la guérir sont, les saignées générales, les sangsues, les rubéfians et les vésieans, appliqués sur le point de la colonne où l'on suppose le plus de désordre. Par eette médication on rémédie à des aecidens qui entraîneraient indubitablement le malade à une mort prochaine.

COMPRESSION.

Cet aeeident est plus fréquent que celui qui précède et les eauses en sont aussi plus nombreuses. Nous eiterons parmi ees dernières, la fracture des vertèbres, la luxation de

l'atlas sur l'axis, les épanchemens, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des membranes; des corps étrangers dans le canal vertébral; son rétrécissement de quelque nature qu'il soit; les anévrismes des artères spinales; les varices de la moëlle; la dilatation des sinus vertébraux, enfin, la formation des idatides. En revenant à la luxation de la première vertèbre sur la deuxième, nous observerons que si la mort du sujet est instantanée, c'est qu'elle est due principalement à l'asphixie prompte qui en est la conséquence, comme on a eu l'occasion de l'observer chez les malheureux condamnés au supplice de la corde, toutes les fois que l'exécuteur, imprimant à leur tronc un mouvement de torsion, détermine le déplacement de l'apophyse odontoïde de l'axis. Aussi Louis avait-il attiré l'attention du médecin légiste sur cette circonstance propre à faire distinguer ceux qui se pendaient eux-même, de ceux qui le sont par des mains étrangères; on a observé que, si la compression de la moëlle était subite et forte, elle était promptement mortelle, et que si elle avait lieu d'une manière graduée, elle pouvait arriver à un degré élevé, sans présenter ces symptômes alarmans. En général aussi, plus elle est limitée, plus elle est grave; tandisque le danger qui l'accompagne est d'autant moindre qu'elle porte sur une étendue plus grande.

Les signes qui nous récèlent l'existence de la

compression de la moëlle, varient suivant qu'une désorganisation totale a détruit tout principe de mouvement, ou que seulement, bornée à une portion de son épaisseur, elle a laissé l'autre partie plus ou moins intacte : dans le premier cas, il y a paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Dans le deuxième cas, on observe des convulsions, des spasmes de ces mêmes extrémités, avec écoulement involontaire des matières excrémentielles. Ces signes sont importans à noter en ce qu'ils fournissent la raison de l'étendue du mal et la base du pronostic à porter.

Les moyens d'arrêter ou de diminuer la compression sont subordonnés à la cause qui l'a produite. Si cette cause est due à une lésion extérieure, le traitement est entièrement du domaine chirurgical. Dans presque toutes les autres circonstances, la compression est le symptôme d'une autre maladie contre laquelle on doit spécialement diriger ses soins ; maladie qui revêt d'ordinaire un caractère de chronicité et contre laquelle, quelque soit sa nature, on a surtout préconisé les exutoires appliqués sur le point même de la douleur.

MENINGITE RACHIDIENNE.

On désigne sous cette dénomination, l'inflammation de toutes les membranes de la moëlle-épinière et plus particulièrement celle de l'arach-

noïde et de la pie-mère. Des observations précises ont démontré que la phlégmasie dans le plus grand nombre des cas de meningite rachidienne existait dans toutes les membranes ou communiquait entre elles, soit par le tissu cellulaire qui unit la dure-mère à l'arachnoïde, soit par la trame cellulo-vasculaire interposée sous le nom de pie-mère entre l'arachnoïde et la pulpe nerveuse. En effet l'inflammation peut avoir son siège ou dans la substance des membranes ou dans le tissu cellulaire qui les unit et les sépare des vertèbres.

Cette phlégmasie se montre à tous les âges, et plus particulièrement chez les individus à constitution grêle, délicate et nerveuse. Mais comme jusqu'à présent, elle n'a été bien observée qu'un très petit nombre de fois, on ne peut savoir quelles sont les causes particulières capables de la produire: seulement on a mis au nombre de ces causes ordinaires, celles de la plupart des autres phlegmasies, telles que les coups, les chûtes sur la colonne vertébrale, les plaies, l'existence d'une arachnite cérébrale, l'hydrorachis. Elle peut encore survenir à la suite de fortes contusions et d'efforts violens. On pense bien aussi que la carie des vertèbres et la présence des hydatides dans le canal rachidien peuvent lui donner naissance.

Les symptômes auxquels peuvent donner lieu les diverses affections inflammatoires des menin-

ges rachidiennes sont loin d'être en raison directe de la gravité des lésions. Aussi sont-ils très-variables sous le rapport de leur nature et de leur intensité. Chez certains malades une simple congestion sanguine détermine les phenomènes de tetanos, tandis que chez d'autres individus, une inflammation purulente ne produira aucun désordre dans la motilité. Au nombre de ces symptômes nous signalerons comme un des plus constans, une douleur plus ou moins vive ayant son siège dans le dos, le long de la colonne vertebrale et dans le point le plus affecté; cette douleur s'irradie aux membres inférieurs et augmente par les mouvemens. Lorsque l'inflammation existe à la partie supérieure de la moëlle, il y a renversement de la tête en arrière, mouvement de celle-ci à droite et à gauche, motilité difficile et douloureuse, respiration pénible et sans lésion des facultés cérébrales. Mais les signes les plus certains de la meningite rachidienne sont le renversement du tronc en arrière, sa courbure en arc, la contraction permanente des muscles de la partie postérieure du thorax, contraction qui, parvenue à son dernier degré, arrache au malade des cris déchirans; ajoutons encore au nombre de ces signes, la douleur de tête, la soif inextinguible, la rougeur des bords de la langue, la couleur foncée des urines, la sécheresse et l'aridité de la peau. Suivant Ollivier d'Anger,

la marche de cette affection est toujours très-rapide. Sa durée est de dix à quinze jours ; cependant elle peut durer trente jours et passer à l'état chronique. Elle entraîne presque constamment la perte du sujet.

Les altérations pathologiques qu'on rencontre à la suite des inflammations des membranes de la moëlle-épinière sont différentes, suivant que l'une ou l'autre a été principalement affectée. Si la dure-mère rhachidienne est enflammée, on la trouve, à l'autopsie, parcourue par de nombreux vaisseaux, rouge, brune ou noirâtre, quelque fois tellement ramollie qu'elle se déchire à la moindre traction : d'autres fois elle est le siège de productions accidentelles et présente de petits corps nacrés, arrondis, du volume d'un pois. M. Ollivier a rencontré souvent des aspérités osseuses à la surface de cette membrane, là où existait une carie vertébrale. Si c'est l'arachnoïde qui est enflammée, elle est sèche, lisse, injectée, devenue épaisse et non transparente; souvent elle est le siège d'une exsudation purulente, scrophuleuse ou sero-gélatineuse; plus rarement on trouve du sang épanché entre les deux feuillets qui la composent. Quand la pie-mère est le siège de l'inflammation, on retrouve entre elle et l'arachnoïde au lieu d'une sérosité limpide et incolore, un liquide légèrement trouble ou d'une teinte laiteuse, ou même un véritable pus. Ces différentes altérations qu'éprouve ce

liquide sous-arachnoïdien, peuvent seulement occuper quelques points isolés ou exister dans une grande étendue ou même envahir la totalité de la surface extérieure de la moëlle. On trouve aussi au lieu de sérosité, du sang déposé en plus ou moins grande quantité entre la pie-mère et l'arachnoïde; quelque fois le tissu de la première se remplit d'une grande quantité de sang et forme autour de la moëlle un lacis de vaisseaux dont l'injection présente une rougeur arborisée, pointillée et disposée en plaques; d'autres fois il s'y développe des concrétions cartilagineuses et osseuses qui sont ordinairement d'un petit volume. Dans l'inflammation chronique des meninges rachidiennes on voit un épaississement de l'arachnoïde, quelques granulations très-petites et de véritables tubercules.

Traitement.—La menengite rachidienne étant une maladie grave dès son début, réclame un traitement prompt et énergique. Aussitôt qu'on aura quelque léger indice de son existence, on devra mettre en usage la méthode antiphlogistique active. On pratique d'abord une large saignée aux bras ou aux pieds; on aura recours en même temps à de larges applications de sangsues, sur les parties latérales des apophyses épineuses, suivant le siège de la douleur. On emploira les ventouses scarifiées en plus ou moins grand nombre. On secondera

les évacuations sanguines par un régime anti-phlogistique des plus sévères. On donnera au malade des boissons douces et légères, des lavements émollients. Les bains entiers et prolongés pendant plusieurs heures, de même que les vapeurs émollientes, dirigées dans le lit même du malade, seront de la plus grande efficacité.

Si la phlegmasie passe à l'état chronique, on la combattra à l'aide des moxas, des cautères, des vésicatoires et autres révulsifs. L'usage de la pomme stibiée réussit quelquefois très bien, attendu qu'elle ne produit qu'une douleur graduée qui ne trouble en rien les fonctions normales. On pourra aussi faire usage des minoratifs doux, qu'on associera à quelque drastique, tels que la rhubarbe, le jalap, la scammonée, la surbithe végétale, si toutefois les organes digestifs ne présentent aucune contre indication.

HYDRORACHIS.

Comme son nom l'indique, l'hydrorachis est une accumulation de sérosité dans le canal vertébral. Mais cette sérosité n'occupe pas toujours la cavité de l'arachnoïde; elle peut encore siéger entre cette menbrane et la première; quelquefois aussi elle occupe la place de la moëlle. Les auteurs ont distingué deux espèces d'hydrorachis: l'une est accidentelle, acquise; l'autre est congéniale. Dans la pre-

mière, les parois osseuses de la colonne ne présentent aucune altération : dans la seconde, les parois sont altérées et divisées, cependant cette scissure a éte observée dans quelques cas d'hydrorachis, survenue chez des enfants adultes. C'est *Tulpius* qui le premier a nommé spina-bifida l'accumulation de sérosité dans le canal vertébral avec division de ses parois. Elle est connue aussi sous le nom de tumeur lombaire.

Dans l'hydrorachis congéniale, l'écartement des deux moitiés d'une ou de plusieurs vertèbres provient d'un arrêt dans le dévéloppement des parois osseuses. Chez les adultes où le spina-bifida a été observé, il n'est causé que par une altération de nutrition ou un travail de résorption, qui ramène les vertèbres à leur état primitif de dévéloppement. L'épanchement de liquide qui a lieu dans l'arachnoïde rachidienne dépend le plus souvent d'une irritation directe ou symptômatique de cette membrane. Quelquefois il provient de l'arachnoïde cérébrale. On suppose aussi que l'engorgement des veines spinales et des envelopes membraneuses de la moëlle peuvent fournir une accumulation de liquide dans le canal rachidien.

Si nous examinons le rachis, nous voyons divers degrés d'alteration dans les pièces osseuses pathologiquement disposées : tantôt toute la vertèbre est divisée : tantôt elle n'est privée

que d'une de ses parties : quelquefois le corps même de la vertèbre est séparé en deux portions, comme l'a observé *Wepfer*, d'où résulte la distinction du spina-bifida en complet et incomplet. Il est complet quand il existe à la colonne vertébrale une véritable séparation s'étendant de l'atlas au sacrum et au coccyx, ou depuis la dernière vertèbre cervicale, jusqu'au commencement du sacrum. Il est incomplet, lorsque la division n'existe que dans un point circonscrit du rachis. De là la distinction du spina-bifida en cervical, dorsal, lombaire, sacré et coccygien. Celui des vertèbres lombaires est le plus commun de tous ; ensuite vient celui du dos, du cou et du sacrum ; quant à celui du sacrum, on n'en connait qu'un seul cas, rapporté par Genga.

La tumeur hydrorachidienne varie singulièrement pour sa forme ; elle est grobuleuse ou allongée, puriforme, pédiullée ou longitudinale. Sa grandeur n'est pas plus constante : tantôt elle égale la valeur d'une noisette, tantôt la grosseur de la tête d'un jeune enfant ; quelquefois elle ne fait qu'une légère saillie sous la peau et donne une sensation de fluctuation. Lorsqu'il existe plusieurs tumeurs, ordinairement une s'élève sur la région dorsale et l'autre occupe les lombes. Elles communiquent presque toujours ensemble et la pression exercée sur l'une d'elles, ne la di-

minue qu'en augmentant le volume de l'autre. La parois de cette tumeur est formée de dehors en dedans, par la peau et les membranes rachidiennes, ou seulement par les meninges quand la peau n'existe pas. Le liquide que contient la tumeur n'est pas toujours identique dans sa nature. On l'a trouvé limpide, légèrement trouble, floconneux, quelquefois sanguinolent, puriforme, et parfois noirâtre. D'après des analyses exactes, on a reconnu qu'il contenait beaucoup moins d'albumine que le liquide des autres hydropisies.

Quant à la moëlle même, elle est souvent déplacée et altérée dans sa nature. On l'a trouvée dans la cavité de la tumeur, et les nerfs qui en partent, n'étaient plus ni dans leur rapport, ni dans leur position naturelle. Les altérations qu'elle présente, consistent surtout dans le ramolissement de sa substance, la diminution de son volume, un état de fermeté plus grand que d'ordinaire. On l'a trouvée adhérente à ses membranes et par fois on a constaté sa disparution complète.

La maladie qui nous occupe peut être accompagnée de convulsions, d'assoupissement et de la paralysie des extrémités inférieures, ou ne présenter aucun de ces symptômes. Ce qu'il y a de positif, c'est que l'ouverture spontanée de la tumeur, a constamment amené une terminaison fatale, soit que celle-ci résulte de l'écou-

lement du liquide ou de l'inflammation de la moëlle, occasionnée par le contact de l'air. Enfin l'hydrorachis congéniale, est toujours mortelle et de courte durée, quoique certains auteurs affirment qu'elle peut durer un certain nombre d'années, et que M. Ollivier d'Angers rapporte un cas qui pourrait faire croire à la résorption du liquide et à la posibilité de la guérison.

Le traitement du spina-bifida est ou palliatif ou curatif. Dans le premier on doit se borner à préserver la tumeur rachidienne de toute pression, de tout frottement, qui pourrait enflammer la peau et hâter l'instant fatal. Dans le second on a essayé la ligature, mais il en est résulté de graves accidens, des convulsions, même une mort instantanée. Le seton a été employé par plusieurs chirurgiens distingués, et toujours sans réussite. Richter n'a pas été plus heureux en appliquant des setons, des cautères tout-autour de la tumeur. On a enfin pratiqué des ponctions avec un instrument à pointe très-fine; ce moyen qui a rèussi une fois, peut être tenté plutôt à cause de son innocuité, qu'en raison du succès qu'il promet.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM.	MM.
CAIZERGUES, Doyen.	DELMAS.
BROUSSONNET,	GOLFIN.
LORDAT,	RIBES,
DELILE.	RECH.
LALLEMAND, Président.	SERRE.
DUBRUEIL,	J.-E BERARD.
DUPORTAL,	RÉNÉ,
DUGÈS.	RISUENO D'AMADOR.

AUGUSTE PYRAMUS DE CANDOLE, professeur honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.	MM.
VIGUIER.	BOURQUENOD,
KUHNHOLTZ.	FAGES.
BERTIN.	BATIGNE.
BROUSSONNET, fils.	POURCHÉ.
TOUCHY.	BERTRAND.
DELMAS, fils	POUZIN,
VAILHÉ.	SAISSET.
	ESTOR,

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.